

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

No

465

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Georges CESBRON

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Né au Puilet (Maine-et-Loire), le 4 Septembre 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Angiomes du Pavillon de l'Oreille

Travail du Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu de Nantes

Président : M. PAUL BAR, professeur.

MM. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur.

Juges : } FAURE, }
 } MORESTIN, } agrégés.

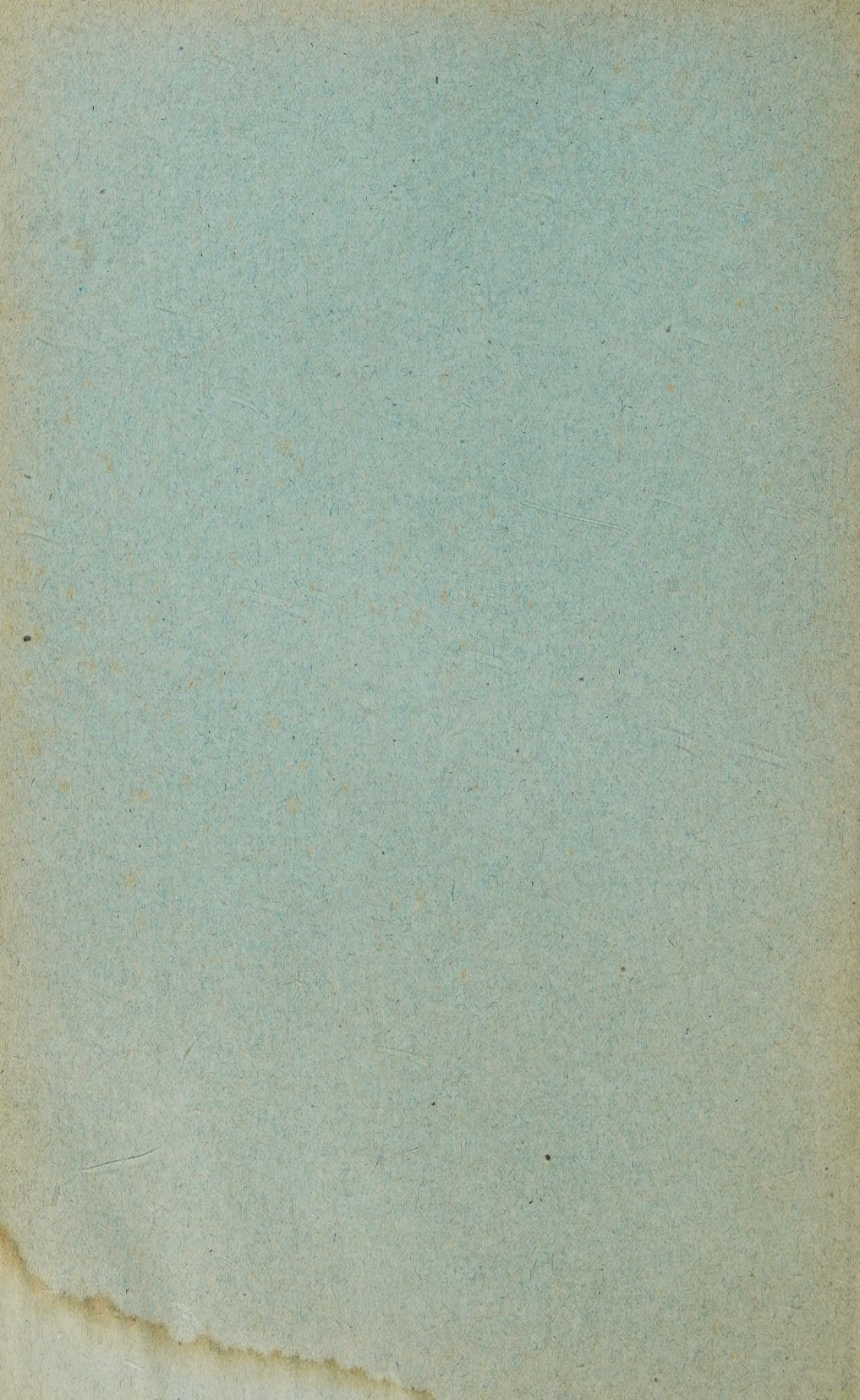
*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

NANTES

IMPRIMERIE C. MELLINET — BIROCHÉ & DAUTAIS, succrs

5 - Place du Pilon - 5

1909





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547510_0035

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Georges CESBRON

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Né au Fuilet (Maine-et-Loire), le 4 Septembre 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Angiomes du Pavillon de l'Oreille

Travail du Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu de Nantes

Président : M. PAUL BAR, professeur.

MM. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur.

Juges : { FAURE, }
 { MORESTIN, } agrégés.

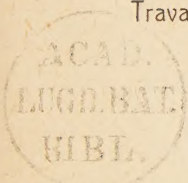
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANTES

IMPRIMERIE C. MELLINET — BIROCHÉ & DAUTAIS, succrs

5 - Place du Pilori - 5

1909



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.		
Professeurs	MM.		
Anatomie	NICOLAS.		
Physiologie	CH. RICHET.		
Physique médicale	GARIEL.		
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.		
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.		
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.		
Pathologie médicale	BRISSAUD.		
Pathologie chirurgicale	DEJERINE.		
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.		
Histologie	PIERRE MARIE.		
Opérations et appareils	PRENANT.		
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.		
Thérapeutique	POUCHET.		
Hygiène	GILBERT.		
Médecine légale	CHANTEMESSE.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.		
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.		
	ROGER.		
Clinique médicale	HAYEM.		
	DIEULAFOY.		
	DEBOVE.		
	LANDOUZY.		
	HUTINEL.		
Maladies des enfants			
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT-BALLET.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GAUCHER.		
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.		
	DELBET.		
Clinique chirurgicale	QUÉNU.		
	RECLUS.		
	SEGOND.		
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.		
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.		
	PINARD.		
Clinique d'accouchements	BAR.		
	RIBEMONT-DESSAIGNES.		
Clinique gynécologique	POZZI.		
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.		
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN.		
Agrégés en exercice			
MM.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD.	DEMLIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON (F).	DESGREZ.	LEGREY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL (P).	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SIGARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET (A).	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (M.)	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE
A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance et de
filiale affection.*

A LA MÉMOIRE
DE MON TRÈS REGRETTÉ ET BIEN-AIMÉ FRÈRE

*Qui fut mon guide et mon modèle pendant
ses cinq années d'internat et qui fut enlevé
si rapidement à notre affection au moment
où il préparait sa thèse inaugurale.*

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS
ET CHIRURGIENS DES HOSPICES CIVILS
DE NANTES

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR TEXIER

*Chef du Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu
Chargé d'un cours complémentaire à l'Ecole
de Médecine*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BAR

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Professeur de clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris*

Membre de l'Académie de Médecine

AVANT-PROPOS

Avant de commencer notre travail, nous tenons à remercier tous les Maîtres qui nous ont guidé dans nos études, depuis le premier jour jusqu'au dernier. Nous avons trouvé auprès de tous la même bienveillance et les mêmes bons conseils. Nous leur en gardons, à tous, une très vive reconnaissance, et, en particulier, à ceux que nous avons pu approcher de plus près pendant notre internat.

Nous tenons surtout à témoigner à Monsieur le docteur Texier notre sincère gratitude pour les marques d'intérêt qu'il nous a manifestées : sous sa direction, nous avons appris à nous initier à l'étude de l'oto-rhinolaryngologie.

A nos amis les docteurs Levesque, laryngologiste suppléant des hôpitaux, et Castagnary, chef de clinique médicale, qui ont bien voulu nous prêter leur concours avec tant de complaisance et d'affabilité, nous adressons nos plus sincères remerciements.

Nous ne saurions oublier ceux qui furent, pendant nos études médicales, nos camarades et nos amis, et tous ceux qui s'appliquèrent à adoucir les heures cruelles que nous avons traversées.

Que Monsieur le Professeur Bar daigne nous permettre de lui offrir nos sentiments de respectueuse et profonde gratitude, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

OBJET ET PLAN

Les cas d'angiomes du pavillon de l'oreille publiés jusqu'ici, surtout ceux dont la relation est accompagnée d'un examen microscopique, sont encore assez rares : ainsi se trouve justifiée la publication, dans ces dernières années, d'observations isolées, même de la part d'otologistes expérimentés. Ces publications sont en majeure partie étrangères ; aussi, à l'instigation de notre maître, M. le docteur Texier, à propos d'un cas de fibro-angiome observé et opéré par M. le docteur Levesque, avons-nous cru bon de faire des recherches bibliographiques sur ces tumeurs et d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous étudierons successivement l'étiologie et la pathogénie de ces tumeurs ; puis, après en avoir décrit la symptomatologie, nous établirons le diagnostic, et nous ferons l'anatomie pathologique ; enfin nous indiquerons le traitement. La relation des observations déjà publiées et celle du cas que nous avons observé terminera notre travail.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

C'est le mot *nævus* (*nativus*) qui rappelle le mieux le principal caractère étiologique de l'angiome. L'angiome en effet est une affection d'origine congénitale ; c'est donc dans le tout jeune âge qu'on le rencontre principalement. Et si les taches vasculaires ne sont pas très communes sur les pavillons des oreilles dès nouveau-nés, du moins « le professeur Depaul estime que le tiers des enfants, nés à la Clinique, ont des taches érectiles, plus ou moins larges, sans saillies, ou très largement saillantes, qui disparaissent, pour la plupart, spontanément, au bout de quelques jours ou de quelques mois. »

Sur 558 enfants porteurs de *nœvi* et ayant moins de 15 ans, Parker en a trouvé 500 ayant moins d'un an, (*British medical Journal*, 1886). Porta, sur 151 *nœvi*, en a trouvé 65 au moment de la naissance, 32 pendant la première année, 44 entre 1 et 14 ans, 10 entre 14 et 15 ans.

A côté de l'âge, le sexe a une influence manifeste, bien qu'on n'en sache pas la raison. Les statistiques de Porta,

Bœckel, Zieclewitz concordent toutes pour montrer la prédominance du sexe féminin. Sur un total de 564 cas. Parker a trouvé 365 filles, soit 61 %. D'après Zieclewitz, la proportion est de 65,7 %.

Le traumatisme serait la cause, au moins occasionnelle, d'un certain nombre d'angiomes, et, d'après Bœckel, les manœuvres obstétricales fourniraient l'explication de la fréquence des angiomes de la tête chez le nouveau-né. Nous ferons observer que les pavillons des oreilles sont particulièrement exposés à ces traumatismes et que, cependant, les angiomes n'y sont pas très fréquents, moins fréquents même que partout ailleurs. L'influence du trauma est donc sujet à caution. Dupuytren, Rici, Pager, Camusser, le professeur Duplay, etc., ont vu des angiomes se développer sur une cicatrice ancienne, ou à la suite d'une contusion. Dans ces cas, rares d'ailleurs, il semble que le traumatisme est la cause occasionnelle du développement des nœvi, restés jusque-là inaperçus, mais qu'il ne crée pas des angiomes de toutes pièces.

L'hérédité a été mise en cause, notamment par Bouchut, dans son traité des maladies des enfants ; mais le fait n'est pas démontré. D'ailleurs, les cas cités sont trop rares, et la fréquence de l'angiome trop grande pour entraîner une conviction.

En résumé, les données étiologiques que nous possédons sont très restreintes. Qu'il nous suffise de retenir que l'angiome du pavillon de l'oreille est moins fréquent que dans toute autre région de la face. Quant à l'influence

du traumatisme, même comme cause occasionnelle, nous nous sommes permis de la mettre en doute. Par contre, l'influence de la gestation sur le développement insolite des nævi et des tumeurs érectiles est généralement admise.

Non moins obscure est la pathogénie des angiomes, qu'il nous reste à élucider.

On ne peut, en effet, appliquer à l'angiome les théories actuelles sur la pathogénie des tumeurs. Les théories dyscrasique, irritative ou microbienne, la belle conception de la spécificité cellulaire sont ici insuffisantes : car l'angiome n'est pas une tumeur au sens propre du mot, c'est-à-dire un néoplasme.

On ne peut, non plus, le considérer comme un processus morbide ou pathologique vulgaire ; son caractère congénital s'y oppose.

L'angiome est congénital, et cette notion nous conduit à l'envisager comme une malformation, une monstruosité, une déviation tératologique du type vasculaire normal ; cette malformation, qu'on appelle tumeur érectile du pavillon, est contemporaine du développement de cet annexe de l'oreille. Il nous importe donc d'abord de connaître le développement embryologique de l'oreille moyenne et de l'oreille externe. Toutes deux se forment aux dépens de la partie supérieure de la première fente branchiale (évent des céla-ciens) ainsi que sa paroi.

Aux dépens de la membrane d'occlusion de la première fente branchiale et des parties voisines des arcs maxil-

lares hyoïdiens, se développe la membrane tympanique ; aux dépens du canal pharyngo-tympanique, c'est-à-dire de la partie de la première fente branchiale située en dedans de la membrane d'occlusion, se forment la caisse du tympan et la trompe d'Eustache (trace du premier sillon). L'oreille externe se forme aux dépens de la partie de la première fente branchiale située en dehors de la membrane d'occlusion.

Cette première fente (Travaux de His sur les embryons humains) est entourée de six saillies qui dépendent du premier et deuxième arc branchial. C'est à leurs dépens que se forme le pavillon de l'oreille qui correspond, comme on le voit, à une région assez étendue de la tête de l'embryon (région auditive). La dépression limitée par ces saillies devient le conduit auditif externe ; son extrémité profonde est en rapport avec l'ébauche de la membrane tympanique. Il s'approfondit de plus en plus, ce qui est dû à ce que la partie de la face qui l'entoure s'épaissit progressivement. Finalement, il constitue un long canal, dont la paroi est en partie osseuse et en partie cartilagineuse. Quant aux six saillies superficielles qui entourent l'orifice du conduit auditif externe, elles forment dans leur ensemble un anneau grossier.

A la fin du deuxième mois, toutes les parties essentielles du pavillon peuvent être facilement distinguées.

A partir du troisième, ses parties postérieures et antérieures proéminent à la surface de la tête : en même temps, leur consistance augmente parce que le cartilage de l'oreille commence à se différencier à la fin du deuxième mois.

Le temporal est formé par la réunion de plusieurs os, qui sont encore pour la plupart séparés au moment de la naissance. La portion pétreuse (os pétreux) avec l'apophyse mastoïde se développe, à l'aide de plusieurs noyaux osseux, aux dépens de cette partie du crâne primordial cartilagineux qui renferme l'organe auditif et que l'on désigne, pour ce motif, sous le nom de capsule auditive cartilagineuse.

Reste à savoir par quel mécanisme se produisent les anomalies vasculaires, cette angiomatose.

Virchow a très bien vu que l'angiome avait une prédilection marquée pour les anciennes fissures bronchiales ou des fontanelles. De là cette proportion énorme des angiomes céphaliques. Les fissures embryonnaires ne s'oblitérent, en effet, que par le développement d'un certain nombre de bourgeons : nasal, frontal, maxillaire, etc., qu'on peut comparer au bourgeon charnu, expression banale de tout travail plastique; même richesse, même disposition des vaisseaux, même fragilité de leurs parois, qui plongent dans un stroma embryonnaire.

Mais, chez l'embryon, il y a en plus cette énergie vitale, cette poussée vaso-formative, nécessaire à son accroissement, et qui fait du tissu des régions fissuraires un tissu éminemment propre à subir toutes les influences et à en conserver les traces. Qu'une inflammation ou qu'une augmentation de pression quelconque survienne, et l'on verra les vaisseaux en voie de développement s'accroître, se distendre et constituer un angiome.

Les causes de ce résultat, nous les devinons beaucoup mieux que nous ne les connaissons ; ce sont les inflammations de l'œuf, les maladies fœtales, si peu connues encore, le traumatisme intra-utérin, souvent mentionné à l'étiologie des nœvi, les troubles circulatoires maternels.

L'angiome du pavillon de l'oreille rentre dans cette catégorie. Le pavillon est constitué par deux replis de l'ectoderme entraînant avec eux une lame mésodermique. L'ectoderme forme la peau des deux faces interne et externe du pavillon. La lame mésodermique engendre toutes les parties squelettiques (fibro-cartilage) vasculaires, musculaires et ligamenteuses. Ces replis se développent aux dépens des premier et deuxième arcs branchiaux. La théorie pathogénique que nous venons d'esquisser peut donc s'appliquer au cas qui nous occupe.

C'est donc une malformation ; mais cette malformation ne se produit pas par arrêt de développement, comme la plupart des malformations, mais bien par excès de développement dans le système vasculaire des replis qui constituent le pavillon de l'oreille.

Pour que ce fait se produise, c'est-à-dire pour que l'angiome se développe, il faut la réunion de trois facteurs. Il faut d'abord un terrain convenable ; ce dernier est fourni par la richesse vasculaire du tissu embryonnaire au niveau des bourgeons qui entourent la première fente ; il faut ensuite un agent irritant pour amoindrir la résistance des parois vasculaires, et enfin

un trouble circulatoire pour agir sur ces parois et en produire l'ectasie. L'ensemble de ces trois facteurs entraînera donc la production d'un nodule augiomateux plus ou moins étendu.

Cette théorie constitue une belle conception basée sur le raisonnement et parfaitement acceptable ; mais elle n'est, malgré tout, qu'une hypothèse.

D'autres hypothèses tendent à présenter l'angiome comme un fait d'atavisme. Plusieurs animaux offrent, en effet, des réseaux vasculaires extrêmement fins et denses, naissant brusquement sur le trajet ou la terminaison d'une artère. Chez les ruminants, cette disposition se retrouve au niveau de la carotide interne et à la terminaison de l'ophtalmique. L'angiome pourrait-il être considéré comme le vestige de ces réseaux admirables ? Ils expliqueraient la présence commune d'altérations vasculaires cirsoïdes ou angiomateuses dans l'intérieur de l'orbite et les parties profondes du cou : mais ce n'est, là encore, qu'une simple vue de l'esprit, appuyée par aucun fait.

Cette pathogénie n'est donc encore aujourd'hui qu'un mélange d'hypothèses et d'inductions plus ou moins rationnelles, mais nullement démontrées.

SYMPTOMATOLOGIE & DIAGNOSTIC

Au pavillon de l'oreille, comme à la face en général, les angiomes présentent certains caractères généraux permettant de faire le diagnostic. Mais il faut distinguer les taches et les tumeurs érectiles, et celles-ci, ou bien occupent simplement l'épaisseur de la peau — ce sont les angiomes cutanés, — ou bien intéressent uniquement le tissu cellulaire et prennent le nom d'angiomes sous-cutanés. Cette classification est une classification clinique, reposant uniquement sur les caractères extérieurs de la tumeur. Elle correspond aussi à celle de Kümmler (Verhandl. d. vi^e Congr. d. deutsch. otol. Gesellsch.) qui divise les tumeurs vasculaires en trois catégories : 1^o le nævus vasculaire congénital ; 2^o l'angiome simple ou téléangiectasie ; 3^o l'angiome caverneux.

Les simples nævi, si communs à la face, et qu'on appelle vulgairement taches de vin, ne font qu'une très légère saillie au niveau de la peau. Leur dimension varie depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à la forme de grandes plaques irrégulières. A leur niveau, la peau

offre des nuances très variées, depuis le rose pâle jusqu'au violacé presque noir, en passant par tous les intermédiaires : rose, mauve, écarlate, grenat, violet, etc. De cette coloration plus ou moins foncée, il est admis maintenant qu'on ne doit pas préjuger de leur nature artérielle ou veineuse, ni de leur tendance. Cette teinte va en dégradant du centre à la périphérie des *nœvi*. Il est à remarquer que ces taches indolentes pâlisent sous l'influence d'une pression assez forte et un peu prolongée, ou même simplement au repos ; mais la coloration de la peau ne disparaît jamais complètement. Elle se fonce, au contraire, pendant les cris, les efforts, les attitudes déclives.

Au palper, il arrive qu'on ne constate aucune différence entre le *nœvus* et la peau environnante du pavillon. La surface offre quelquefois une multitude de petits points acuminés, semblables à la chair de poule ; cet aspect est dû à la disposition des papilles et à l'hypertrophie des glandes. D'autres fois, elle est semée de fines arborisations vasculaires. Les grandes taches, qui peuvent occuper une grande partie du pavillon et même affecter les régions avoisinantes, constituent une difformité assez désagréable à voir. Les plus petites, au contraire, sont, paraît-il, un ornement et, sous le nom de grains de beauté, elles partagent ce privilège avec les *nœvi* pigmentaires.

A côté de la tache érectile, il y a la tumeur érectile ou angiome tubéreux qui n'est, le plus souvent, qu'un stade plus avancé du *nœvus* plan, dont il ne diffère que

par sa saillie ; elle est généralement circonscrite au pavillon ; elle est le plus souvent sessile, mamelonnée au point de ressembler très exactement à une mûre, une fraise, une framboise (Obs. III). Sa coloration est rouge violacé, et identique à celle d'un nœvus plan congénital. Elle pâlit quand on la soumet à une pression assez forte. Sous l'influence des cris et des efforts, la teinte devient plus foncée, en même temps que la tumeur augmente de volume. Au contraire, elle se réduit facilement, en partie, quand on appuie légèrement à son niveau ; sa consistance est, en effet, molle et dépressible, surtout en comparaison avec celle du pavillon sur lequel elle s'implante.

D'après cette description, le diagnostic des taches et angiomes cutanés n'offre pas de difficultés. L'origine de la tumeur et la couleur, etc., sont autant de caractères pathognomoniques.

Lorsque les angiomes sont sous-cutanés, les difficultés commencent. On les observe, en général, longtemps après la naissance, contrairement aux précédentes, que l'on constate dès les premiers jours. Cependant, leur début a lieu pendant la vie embryonnaire et, s'ils ne sont pas remarqués sitôt la naissance, c'est à cause de leur petit volume et à cause du peu de troubles qu'ils occasionnent. Au moment de la puberté, ou de la grossesse, ou encore sous l'influence d'un traumatisme ou d'une irritation, ils subissent, en général, un développement rapide qui s'explique étant donné leur structure.

Les angiomes sous-cutanés du pavillon se dévelop-

pent dans la couche cellulaire et sont recouverts par la peau qui paraît saine. On les divise en deux catégories : l'angiome sous-cutané circonscrit, et l'angiome sous-cutané diffus. Le premier a une membrane d'enveloppe, qui le sépare des tissus environnants ; le second ne possède pas de capsule, et a une tendance à s'accroître assez rapidement. Le premier est celui qu'on observe le plus au niveau du pavillon (Kümmel) ; cependant, il existe des observations d'angiome sous-cutané diffus du pavillon (Observ. XIII, XV, XVII).

Quoi qu'il en soit, les tumeurs érectiles sous-cutanées ont pour caractère essentiel de laisser à la peau sa structure et sa coloration normale, sinon l'angiome est à la fois cutané et sous-cutané (angiome mixte des Anglais) ; et alors le diagnostic s'impose : on constate cependant généralement une coloration bleuâtre, due à des véinosités qui parcourent la tumeur.

Le début, très important à connaître, est presque constamment une tache de couleur lie de vin ou violacée, avec tuméfaction de la partie altérée dans sa couleur, de sorte qu'on pourrait alors la prendre pour une tumeur érectile commençante. Puis, peu à peu, la tuméfaction grossit jusqu'à devenir une tumeur circonscrite et bien limitée, ordinairement peu considérable, ne dépassant pas ordinairement le volume d'une noix (Kjor) ou d'un œuf de pigeon, comme dans notre observation (xx). Il en résulte une déformation du pavillon de l'oreille qui varie suivant le siège de la tumeur, mais qui peut être très accentuée, telle l'observation rapportée

dans le mémoire de Breschet (Mémoire de l'Académie de Médecine, 1833, t. III, p. 174): la partie supérieure du pavillon de l'oreille était si volumineuse et si lourde qu'elle retombait, lorsque le malade était debout, jusqu'au conduit auditif externe.

Rarement adhérent à la peau, l'angiome du pavillon a des connexions intimes avec la surface fibro-cartilagineuse sous-jacente ; le plus souvent un véritable pédicule, entouré du tissu cellulo-graisseux, lui sert d'implantation. Au palper, on perçoit, sous la peau, une masse tout à fait indolore, molle, spongieuse, incomplètement réductible, pouvant augmenter de volume sous l'influence de cris ou d'efforts, ou diminuer de volume sous une légère pression : mais tous ces signes sont moins nets que dans le cas de tumeur cutanée et le diagnostic peut s'égarer. Du reste, la tumeur ne présente ni souffle, ni battements.

De la description symptomatologique que nous venons de faire, il résulte que les angiomes sous-cutanés circonscrits du pavillon ont surtout des caractères négatifs. Ils ne présentent, en effet, ni souffle, ni battement, souvent même ni érectilité, ni réductibilité ; en somme, aucun des signes qui puissent éveiller l'idée d'une tumeur vasculaire. Ajoutez à cela la rareté de ces tumeurs à ce niveau, on conçoit dès lors qu'il puisse être fort difficile de les distinguer de toutes les tumeurs de même siège.

Quelles sont donc les tumeurs du pavillon de l'oreille qui peuvent être confondues avec des angiomes circonscrits ?

On éliminera tout d'abord l'hématome du pavillon de l'oreille, qui a des caractères propres et une évolution spéciale. Son apparition à la suite d'un traumatisme, sa fréquence chez les aliénés et les déments paralytiques et son siège habituel dans la cavité de l'hélix, plus fréquemment à gauche, sont autant de signes précieux pour le diagnostic. Au début, on constate une tuméfaction générale de l'oreille qui devient en même temps rouge ou bleuâtre, luisante, chaude et douloureuse, ce qui indique un léger degré d'inflammation. L'hématome peut arriver, dès le premier jour, à son complet développement ou s'étendre au contraire peu à peu. La fluctuation est manifeste au centre, plus douteuse sur les parties périphériques, et parfois on rencontre une légère crépitation. Son contenu est une sérosité visqueuse et sanguinolente, composée en partie de sang noir et coagulé. Les parois de la poche sont formées, d'une part, par le périchondre et la peau, d'autre part, par la surface externe du cartilage, qui présente des altérations particulières préexistantes. L'hématome peut suppurer ou s'ouvrir spontanément; mais, le plus souvent, le sang subit un travail de résorption lente et la tumeur disparaît en laissant des déformations caractéristiques.

Dans le cas d'un angiome siégeant sur la face interne du pavillon et s'insérant près du sillon auriculo-temporal, il sera facile de le différencier d'une adénite due à l'inflammation des ganglions rétro-auriculaires recevant les lymphatiques de la région pariétale et de la

face interne du pavillon. La douleur accompagnant le gonflement est un signe de l'adénite qui attire l'attention, en même temps que la chaleur locale et l'empâtement de la région. Bientôt, au point culminant de la tuméfaction, on perçoit une sensation de ramollissement et de fluctuation assez nette pour faire croire à la présence du pus, qui finit par se faire jour à travers les téguments amincis et décollés, ou, au contraire, peut se résoudre, à moins que l'adénite ne devienne chronique.

Les fibromes et les fibro-lipomes, quoique rares, sont plus fréquents que les angiomes au niveau du pavillon. Les tumeurs graisseuses ont été signalées par Hinton (1), qui en fait l'apanage des goitreux. Elles occupent naturellement le lobule, dont elles paraissent constituer une sorte d'hypertrophie. La peau amincie mais saine est, en général, peu mobile sur les tissus sous-jacents. La tumeur indolente donne à la palpation une sensation de mollesse et paraît comme pâleuse. La structure des lipomes est essentiellement formée par du tissu adipeux.

C'est encore au lobule que s'observent surtout les tumeurs fibreuses du pavillon : encore sont-elles rares en Europe et chez les individus de race blanche. Au contraire, d'après Saint-Vel (2), elles seraient assez

(1) HINTON J. *Diseases of the Ear*, *Holmes's System of Surgery*, 2^e édition, London, 1870, vol. III.

(2) SAINT-VEL, Tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille (*Gazette des Hôpitaux*, 1864, page 334).

fréquentes chez les négresses et pourraient être alors regardées comme produites par l'irritation résultant du port de boucles d'oreilles lourdes et volumineuses. Ces tumeurs se développent, en effet, presque exclusivement aux environs du trajet cicatriciel qui sert à suspendre ces ornements de toilette. Parfois d'une grande dureté et pouvant atteindre des dimensions fort gênantes, elles sont souvent multiples et affectent quelquefois des deux côtés une symétrie parfaite. Plus rares encore sont les tumeurs fibreuses se développant sur la partie cartilagineuse du pavillon. En tout cas, elles sont sous-cutanées, mobiles et lobulées, plus ou moins dures à la palpation ; le plus souvent, dans les cas typiques, elles présentent tous les caractères du fibrome molluscum de la peau (Citelli). A la coupe d'un fibrome, on voit un tissu blanc grisâtre, sec, criant sous le scalpel, à fibres concentriques ou entrecroisés. Il faut noter aussi que les fibromes peuvent subir des transformations séreuse, muqueuse, graisseuse et calcaire. Cette évolution est importante pour le diagnostic, à cause de la régularité et de la lenteur avec lesquelles elle a lieu, et donne à la tumeur fibreuse des caractères différents de ceux des angiomes, surtout au point de vue consistance.

Les gommès tuberculeuses ou syphilitiques, également rares sur le pavillon de l'oreille, présentent plus d'un point de ressemblance avec les angiomes sous-cutanés simples, lorsqu'elles sont au début de leur évolution. Mais si l'on éprouve quelque embarras, la marche vient lever tous les doutes. Les gommès, en

effet, ne tardent pas à se ramollir, elles contractent des adhérences avec les téguments et s'ouvrent à l'extérieur. En outre, le traitement a une influence sur leur évolution.

Signalons aussi les dépôts crétacés dont l'existence serait, d'après Garrod, un des signes les plus constants de la goutte. Ces dépôts, constituant de petites concrétions du volume d'un pois, occupent d'ordinaire le bord de l'hélix. Elles sont peu gênantes, et c'est à peine si elles irritent légèrement au moment de certains accès. Cette irritation intermittente et sa subsistance servent à les différencier des angiomes.

Les kystes sébacés, au contraire, pourraient d'autant plus facilement être confondus avec les angiomes que la peau qui les recouvre offre souvent une vascularisation exagérée et se marbre de varicosités bleuâtres ou violacées.

Le kyste sébacé du pavillon de l'oreille a pour siège de prédilection le fond de la conque et l'entrée du conduit auditif externe. Là, il est enchâssé dans la peau, immobile, rond ou étalé en large lentille. Il se présente alors sous la forme de petite tumeur régulière, de forme variable, distendant la peau qui est amincie, lisse et quelquefois très vasculaire. Toutefois, la distinction d'avec un angiome est en général facile à faire. Un premier signe des kystes sébacés est la présence, à la partie culminante, d'un petit point noirâtre, qui est l'orifice élargi du canal excréteur de la glande, dont la lumière a été oblitérée par des cellules épidermiques pigmen-

tées. Il ne faut pas compter sur ce signe, qui manque le plus souvent. Par ailleurs, l'indolence est complète et les signes fonctionnels nuls. Voici de meilleurs caractères différentiels : les kystes sébacés sont plus nettement circonscrits que les angiomes. Leur consistance est, ou très dure, ce qu'on n'observe pas dans l'angiome, ou mollassse et pâteuse comme celle des angiomes, mais alors ils présentent une fluctuation manifeste qu'on ne trouve jamais dans les angiomes lipogèmes ou les fibro-angiomes.

Au point de vue histologique, la poche des kystes sébacés est formée par la paroi de la glande légèrement hypertrophiée, tapissée à son intérieur par un épithélium stratifié, dont les couches centrales subissent au fur et à mesure la dégénérescence graisseuse. Le contenu, formé de cellules épithéliales dégénérées, de débris granulo-graisseux, présente, suivant la prédominance de l'un de ces éléments, une consistance solide, demi-liquide ou liquide, d'où les noms d'athérome, de steatome, de mélicéris, de kystes huileux.

Nous ne ferons que citer les kystes parasites à cysticoques ou echinocoques.

Les kystes dermoïdes du pavillon de l'oreille présentent aussi certains caractères généraux permettant de les différencier des angiomes. Leur siège est constant et répond à une fente branchiale antérieure, par conséquent voisin du sillon auriculo-temporal. Leur volume est ordinairement peu considérable, une noisette, une noix, une prune. Rarement adhérent à la peau, le kyste

dermoïde a des connexions intimes avec la surface osseuse sous-jacente : tantôt un simple tractus fibreux, plus souvent un véritable pédicule enchâssé dans une petite empreinte conique osseuse en forme d'entonnoir. On les observe, en général, après la naissance, quelquefois tardivement ; leur début a toujours lieu pendant la vie embryonnaire et, s'ils ne sont pas remarqués sitôt la naissance, c'est à cause de leur petit volume et à cause du peu de troubles qu'ils occasionnent. Au moment de la puberté ou de la grossesse, ils subissent, en général, un développement rapide qui s'explique étant donné leur structure. La tumeur est indolente ; la peau non altérée glisse sur sa surface ; les petits kystes sont quelquefois très durs, résistants, les volumineux sont mous et malléables sous la pression, plus ou moins fluctuants. D'abord mobiles, ils deviennent plus tard adhérents. Il résulte de tout ceci qu'au point de vue clinique, le kyste dermoïde ne se distingue de l'angiome que par son siège et sa consistance, par ailleurs l'anamnèse et l'évolution doivent confirmer votre opinion.

La paroi des kystes dermoïdes a la même consistance et structure que la peau. Leur contenu est variable : débris d'épithéliums, matières grasses, cholestérine, poils, quelquefois matières calcaires ; d'autres fois, le contenu est plus liquide, d'apparence jaunâtre, muqueux.

Les angiomes diffus du pavillon de l'oreille (obs. XIII, XV, XVII), quoique rares se reconnaissent plus facilement.

Ils se montrent sous l'apparence d'une ou de plusieurs tumeurs, assez larges, peu élevées, bosselées, interrompues par des mamelons ou inégalités arrondies, couvertes d'une peau amincie et rénitente, offrant en général des alternatives de rouge et de violet, molles et fluctuantes par places, agitées de battements isochrones à ceux du pouls, que l'on peut constater par le toucher ou même par la vue, et que la compression de l'artère carotide et des principales branches dilatées fait cesser complètement ou en partie. On pourrait à la rigueur percevoir un frémissement vibratoire, comme une sorte de « thrill » perceptible par le touchèr, à l'oreille on peut même entendre un souffle (1). A ces signes, on doit ajouter l'hypertrophie du pavillon qui semble atteint d'éléphantiasis et peut atteindre ainsi des dimensions étonnantes. Dans quelques cas, la tumeur principale ressemble à une tumeur érectile vers laquelle convergent plusieurs vaisseaux dilatés et tortueux dont le trajet est assez facile à suivre sous les téguments. Tel était l'état des choses chez le jeune étudiant cité par les auteurs du *Compendium* (2) : le pavillon de l'oreille droite était converti en une véritable tumeur érectile artérielle, autour de laquelle serpentaient les branches auriculaires antérieures, dont le volume avait triplé. « Cette tumeur » n'est pas en général douloureuse à la pression, mais » les battements qui sont parfaitement perçus par le

(1) SYME. *The lancet*, 1829, t. I, page 598.

(2) BÉRARD ET DENONVILLIERS. *Compendium de médecine et de chirurgie pratique*, t. II, p. 702.

» malade en font une affection fort incommode. Cet
» inconvénient n'existe pas toujours au même degré :
» quelques malades s'en plaignent peu ; pour d'autres,
» il est très sensible. Chez ceux-ci, le moindre exercice
» devient impossible, parce qu'il accroît le volume, la
» chaleur et les pulsations de la tumeur, et le repos n'est
» pas moins funeste, car la tête ne peut s'appuyer sur
» l'oreiller sans qu'à l'instant les battements redoublent,
» des bruissements et des sifflements se fassent enten-
» dre : avec des journées inoccupées et des nuits sans
» sommeil, l'existence devient bientôt intolérable. » Tel
est le sombre tableaux des symptômes de l'angiome
diffus tracé par les auteurs du compendium. Plus récem-
ment, Gruber, à la suite de son article (observation ix)
estime que, dans les cas d'hémorragie abondante empê-
chant l'ablation de la tumeur, l'on peut faire la ligature
de la carotide. Il signale, à ce propos, l'observation de
Jüngken qui fit cette ligature pour un angiome de
l'oreille ; au bout de 7 ans, il survint une nouvelle hé-
morragie qui emporta le malade. Enfin, il considère
l'angiome comme étant une affection des plus sérieuses.

Aussi bien, importe-t-il de faire au plus vite le dia-
gnostic pour prévenir le malade du danger de l'extension
de la tumeur et surtout de l'hémorragie très abondante
pouvant survenir au moindre accident dans la région.
D'après la description que nous venons d'en faire, l'an-
giome diffus ou tumeur érectile du pavillon de l'oreille
se reconnaît d'emblée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La structure intime des angiomes du pavillon affecte deux formes histologiques différentes suivant qu'on l'observe à un stade plus avancé, encore subissent-ils parfois des modifications dans leur texture : d'où les différents noms sous lesquels on les désigne en tête des observations.

L'angiome, au début, lorsqu'il ne mérite pas encore le nom de tumeur érectile, lorsqu'il ne forme qu'une tache ou une légère tumeur vasculaire sur le pavillon, est essentiellement formé d'un fascis de vaisseaux capillaires dilatés, flexueux, anastomosés entre eux de manière à former un réseau très dense. C'est l'*angiome simple*.

Mais la dilatation vasculaire faisant du progrès, les parois deviennent de plus en plus minces et arrivent au contact les unes des autres ; des communications s'établissent, et il se forme de véritables veinules, qui donnent à la tumeur une disposition aréolaire spéciale, rappelant le tissu caverneux normal. Arrivé à ce stade, l'angiome constitue une tumeur assez volumineuse,

turgescente et mollassse, méritant alors le nom de tumeur érectile. C'est l'*angiome caverneux*.

L'angiome simple consiste essentiellement en une réunion de capillaires dilatés. Cette dilatation est tantôt régulière, cylindrique, tantôt inégale et bosselée et peut atteindre 40, 50 et même 60 μ . En même temps qu'une dilatation, il existe un certain allongement des vaisseaux, allongement qui les rend flexueux et comme pelotonnés. On admet généralement que ces pelotons vasculaires ne sont pas seulement le résultat de la dilatation des vaisseaux préexistants, mais qu'il y a une production nouvelle de capillaires ; ce double processus concorde avec le développement rapide et considérable de certains angiomes. On suppose que cette multiplication s'opère par le bourgeonnement des parois vasculaires ou par l'intermédiaire de cellules vaso-formatives ; mais ce n'est encore qu'une hypothèse.

Quand on étudie la structure de l'angiome simple à l'aide des dissociations, on y observe assez souvent de petites granulations, du volume d'un grain de mil à celui d'un pois. Ces agglomérations vasculaires ont été comparées par Porta au réseau vasculaire des papilles de la peau et ont reçu le nom de granulations de Porta. Porta et Broca voyaient de leur existence la démonstration d'un travail angiopoiétique : elles naîtraient par bourgeonnement sur les vaisseaux préexistants de l'angiome. On remarque, en effet, que le pédicule s'implante sur une des anses capillaires. Billroth pense que ces granulations sont constituées par le système vasculaire

des glandes de la peau, devenu angiomateux. Par suite de la transformation angiomateuse de chacun de ces petits systèmes vasculaires des glandes, la masse totale de la tumeur prendrait parfois une configuration lobulée. Dans aucune des observations d'angiome du pavillon, nous n'avons relevé le signalement de granulations de Porta.

Quoi qu'il en soit, on peut constater, à un faible grossissement, que l'angiome est décomposable en îlots, uniquement formés de vaisseaux capillaires et séparés les uns des autres par du tissu conjonctif. Dans chaque îlot ou lobule, on observe la coupe transversale, longitudinale et oblique des capillaires. On constate qu'ils sont dilatés et que leurs parois sont extrêmement épaissies et composées d'une rangée de cellules endothéliales, que vient doubler une tunique hyaline ou légèrement striée, parfois parsemée çà et là de cellules rouges.

L'espace qui sépare les capillaires les uns des autres est très variable ; en certains endroits, les vaisseaux se touchent presque et ne sont séparés que par un peu de tissu conjonctif vaguement fibrillaire ; ailleurs, ce stroma est plus important, et consiste surtout en cellules rondes ; ces dernières se rencontrent spécialement à la face externe et le long des capillaires, comme si elles provenaient d'une prolifération des endothéliums vasculaires.

Telle est la structure anatomique de l'angiome simple du pavillon de l'oreille ; elle ne diffère du reste en rien de celle des angiomes du reste du corps.

L'angiome caverneux est, comme l'a très bien dit Broca, une terminaison de l'angiome simple. Les vaisseaux nouvellement formés, s'ajoutant aux vaisseaux anciens dilatés et déformés, étouffent peu à peu les divers éléments des tissus cutané ou cellulaire de la paupière, au milieu desquels ils se sont développés ; les éléments glandulaires s'atrophient, les cellules adipeuses disparaissent et bientôt les capillaires arrivent au contact. Puis le tissu intermédiaire aux vaisseaux disparaît également par atrophie ; les parois vasculaires finissent par se perforer et les vaisseaux s'ouvrent les uns dans les autres. Il en résulte un système de lacunes qui constitue le tissu caverneux de l'angiome ; mais cette transformation ne se fait pas en même temps dans toute l'étendue de la tumeur ; car, à côté des lobules où les capillaires sont simplement dilatés et recouverts de nombreuses cellules rondes, on trouve d'autres lobules où les capillaires sont arrivés au contact les uns des autres, en formant un système à grandes dilatations caverneuses.

Le tissu caverneux de l'angiome est essentiellement formé de lacunes ayant des dimensions très diverses, depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une noix. Leur forme est arrondie ou très légèrement anguleuse. Elles communiquent entre elles par des pertuis larges ou étroits, quelquefois canaliculés.

Entre les cavernes, courent une série de travées ou trabécules plus ou moins épaisses, blanchâtres ou de nature fibreuse. Aux points de rencontre des travées

fibreuses se trouvent de petites artères, dont le diamètre réduit contraste singulièrement avec le tissu caverneux qui les entoure; on y rencontre également des veines plus larges et plus nombreuses; ce petit système vasculaire constitue le réseau nourricier des travées alvéolaires, ou plutôt, en quelque sorte, les vasa vasorum des vaisseaux dilatés et transformés en lacunes.

De même que les capillaires, les lacunes sont tapissées par un endothélium analogue à celui des veines. Les trabécules sont formées de fibres conjonctives mêlées de quelques fibres élastiques; les cellules fixes sont rares ou aplaties. On peut trouver encore des cellules musculaires lisses, disposées concentriquement autour des cavernes.

Nous avons vu dans cette description que le processus angiectatique n'intéressait que le réseau capillaire. On doit donc rejeter les expressions de tumeurs érectiles veineuses et de tumeurs érectiles artérielles employées par les vieux auteurs. La coloration violacée de certains angiomes ne signifie qu'une chose, c'est que le sang y circule lentement et se surcharge d'acide carbonique: elle n'implique, en aucune façon, la prédominance des vaisseaux de texture veineuse. D'autre part, l'aspect d'un rouge vif, que présentent parfois les tumeurs érectiles, n'implique aucunement leur texture artérielle. Dans le système lymphatique, en effet, on a décrit, sous le nom de tumeurs caverneuses lymphatiques ou de lymphangiomes, des néoplasies analogues aux tumeurs érectiles sanguines, si bien que souvent, et c'est ainsi que nous

l'entendons, on désigne sous le nom de tumeurs érectiles dans le sens large du terme toutes tumeurs résultant de l'agglomération de vaisseaux artériels, veineux ou lymphatiques plus ou moins distendus par le sang ou la lymphe, de façon à simuler l'érection, ou tout au moins à rappeler par leur structure les différents états du tissu érectile normal. Il y a donc simplement des tumeurs érectiles capillaires, dans lesquelles la circulation est rapide, et d'autres dans lesquelles elle est lente. Celles-ci ont, en général, une tendance à demeurer stationnaires; celles-là sont plus envahissantes et mènent à la dégénérescence cirsoïde.

Cette dégénérescence cirsoïde qui fait partie de l'évolution anatomique de l'angiome, s'observe même dans les tumeurs érectiles du pavillon, témoin l'observation de Fplateau citée plus haut. Elle se caractérise par une dilatation des artérioles afférentes — en l'espèce, les auriculaires antérieures et postérieures, branches de la temporale superficielle et de l'auriculaire postérieure, — et des veinules, de telle sorte que l'ensemble de ces vaisseaux et des capillaires forme une tumeur, la tumeur cirsoïde.

Dans les autres cas cités, les angiomes du pavillon avaient une marche lente, parfois ils subirent une transformation fibreuse, due probablement à une irritation spontanée ou traumatique, comme dans le cas observé par notre ami le Docteur Lévesque. Cette modification est fort intéressante, car elle peut conduire à la guérison spontanée du néoplasme. Alors les cloisons de la tumeur

s'épaississent, leur tissu conjonctif prolifère activement et le stroma tend à l'oblitération des cavités multiples (alvéoles) de la tumeur. Comme le ferait un tissu cicatriciel, il revient sur lui-même et se rétracte jusqu'à étouffer le réseau sanguin. Si la tumeur est ankystée, comme cela est généralement au pavillon, les orifices vasculaires de la capsule se rétrécissent et s'oblèrent et la tumeur érectile achève de subir la transformation fibreuse.

Nous n'avons pu trouver dans nos recherches aucune relation d'angiome du pavillon de l'oreille ayant subi de transformation graisseuse ou kystique, comme on l'observe parfois dans les angiomes des autres parties du corps. Nous n'avons pas davantage à signaler l'infiltration calcaire de la paroi des alvéoles du tissu caverneux dans les tumeurs érectiles du pavillon de l'oreille, donnant naissance à des angiolithes (phlébolithes de Broca).

En résumé, de cette étude il est permis de conclure que c'est le fait de la circulation artério-veineuse plus ou moins facile, qui domine l'histoire de la circulation des tumeurs érectiles du pavillon de l'oreille : si cette circulation est trop facile, l'angiome a une tendance à se développer plus facilement, à devenir diffus, parfois même à subir la dégénérescence cirsoïde ; si, au contraire, la circulation est lente, l'angiome du pavillon a peu de tendance à se développer et peut rester stationnaire en s'enkystant ou entrer en régression par transformation fibreuse. C'est ce dernier cas qui est le plus fréquent pour les angiomes du pavillon.

TRAITEMENT

D'après les pages qui précèdent, on peut voir que les angiomes du pavillon de l'oreille n'ont un caractère de gravité que lorsqu'ils sont envahissants. Ils peuvent devenir gênants par leur accroissement même, et dangereux par les hémorragies auxquelles ils peuvent donner lieu. Si quelques-uns sont susceptibles de regresser spontanément, si beaucoup d'autres restent stationnaires, il n'en est pas moins vrai, comme le disent Poulet et Bousquet (1), que les angiomes caverneux par eux-mêmes ou par leur progression, entraînent à des opérations dont les suites ne sont pas exemptes de toute complication. L'angiome du pavillon de l'oreille est une affection purement locale, qui ne récidive pas et ne se généralise pas davantage, par conséquent une maladie de la variété dite bénigne. Il importe donc d'instituer, suivant les cas, un traitement approprié et efficace. De tous les nombreux procédés employés dans la cure des angiomes, nous n'en retiendrons que trois : l'angiotomie

(1) POULET et BOUSQUET, *Pathol. externe*, Paris, 1886.

au bistouri ou au galvano-cautère, l'électrolyse, enfin la radiumthérapie.

L'excision de la tumeur au bistouri ou au galvano-cautère, quand elle est possible, est encore le moyen le plus simple et le plus radical. Le galvano-cautère doit être employé pour les petits angiomes bien pédiculés, surtout quand ce pédicule est inséré sur la paroi du conduit auditif externe. On aura recours de préférence à la méthode sanglante dans les cas d'angiomes sous-cutanés circonscrits à larges insertions.

Alors, il faut songer aux suites opératoires et aux rétractions consécutives entraînant des cicatrices vicieuses ou des déformations du pavillon fâcheuses pour l'esthétique. Aussi bien devra-t-on, après incision cutanée, disséquer la tumeur avec son contenu de façon à couper le pédicule à son insertion au-dessus d'une bonne ligature au catgut. Le lambeau cutané sera enfin suturé en lui laissant une longueur qui, les premiers jours après l'intervention, paraîtra démesurée, mais qui diminuera à la longue et ne déformera pas le pavillon.

Dans les cas de l'angiome diffus, à l'exemple de Massey, Jüngken et Colle, la meilleure marche à suivre est d'oblitérer par la ligature les deux branches artérielles transversales venues de la temporale superficielle et de l'auriculaire postérieure, et en cas d'insuccès ou de résultat insuffisant tenter comme eux la ligature de la carotide externe du côté de la tumeur ou même celle du côté opposé (obs. xviii).

L'électrolyse donne aussi de bons résultats (obs. xix),

Et l'on peut employer l'un des deux procédés suivants :

1° A l'exemple de Ciniselli, Beckel, Lincoln, Knott, Duncan, Delore, Voltolini, Vogel, Bergouïé, etc... les deux aiguilles positive et négative sont enfoncées dans la tumeur : c'est l'électro-puncture bipolaire.

2° L'aiguille positive seule est fixée dans la tumeur, l'autre pôle, sous forme de plaque indifférente, est appliqué sur un point quelconque du corps ; c'est l'électro-puncture unipolaire positive, imaginée par Monoyer et utilisée par Piloy, Boudet, de Paris, Redard, Schwartz, Quenu, Bories (de Montauban)...

Le radium, dont l'introduction en thérapeutique est due à Danlos, médecin à l'hôpital Saint-Louis en 1900, donne aussi des résultats excellents dans le traitement de l'angiome ou même des chéloïdes, qui peuvent survenir à la suite de l'intervention sanglante. Nous renvoyons pour cette étude particulière au travail de Wickham et Degrais.

De ces trois moyens de traitement, chacun a ses indications: le nœvus du pavillon peut être enlevé au bistouri, mais il en résultera une déformation de la région, tout au moins une vilaine cicatrice; aussi vaut-il mieux avoir recours au radium, l'électrolyse laissant elle aussi des traces. Contre les angiomes sous-cutanés circonscrits, le moyen le plus simple et le plus radical est l'incision au bistouri ou au galvano-cautère. Etes-vous en présence d'un angiome diffus, faites une ligature des artères nourricières.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Nævus vasculaire de l'oreille d'origine fœtale

(PIPINO, *Med. Rec. New-York* 1886.)

Gilbert P..., âgé de 2 ans, est amené à la consultation en novembre 1882, parce qu'il présente une tumeur de l'oreille. Quelques jours après sa naissance, la mère avait remarqué une légère tache violacée sur l'hélix de l'oreille droite. Au bout d'un an, cette tache commença à prendre des proportions anormales au point que les parents finirent par s'en inquiéter.

On traite ce nævus par l'électrolyse : mais les tentatives faites restèrent sans résultats, car la tumeur ne diminua pas de volume. L'intervention chirurgicale est alors proposée et acceptée. On fait l'opération de Kipp, si chaudement recommandée par Burnett : incision sur le bord de la tumeur ; dissection de la peau loin du néoplasme ; énucléation ; suture. La plaie opératoire guérit par première intention.

Ce cas est intéressant : 1° par les dimensions de la tumeur

qui mesurait 2 pouces $1/2$ de long, un pouce de large et un huitième de profondeur ; 2^o par son siège sur l'hélix au lieu d'être sur le lobule, lieu ordinaire de prédilection des tumeurs vasculaires.

OBSERVATION II

RÉSUMÉE

(M. H. J. L. Struycken. — *Société néerlandaise d'oto-rhinolaryngologie*, 12^e réunion annuelle, 23-24 avril 1904.) — *Ref.* Dr A. FALLAS, (*In presse oto-rhino-laryngologique belge*, n^o 12, 1904).

Angiome malin très étendu

Angiome malin très étendu, avec point de départ au niveau du pavillon, chez un enfant de quelques semaines. Ni cautérisations, ni électrolyse n'empêchèrent l'extension. Extirpation trop dangereuse. On fit la ligature des veines jugulaires interne et externe et de la carotide primitive sans le moindre inconvénient pour le patient. Diminution notable de la tumeur.

OBSERVATION III

(Prof^r CITELLI (de Catane.) — *Ref. in Annales des maladies de l'oreille, etc.*, n^o 2, février 1909.)

Angiome veineux de la région mastoïdienne

M. J. P..., 41 ans, présente, sur la région mastoïdienne

droite, immédiatement derrière la région de l'antre, une petite tumeur sphérique du volume d'un pois, implantée sur la peau. Elle est de couleur rouge sombre, à surface rugueuse comme une petite mûre, à point d'implantation plus étroit que la masse de la grosseur. Le malade me dit qu'il a cette tumeur, tout à fait indolente, depuis la naissance et qu'elle n'a grossi que dans ces dernières années. Il m'assure, en outre, fait très intéressant, qu'une tumeur de même aspect et justement dans le même point avait existé chez son père et son grand-père paternel. Le malade présente enfin quelques petits angiomes cutanés.

Je fais le diagnostic d'angiome congénital, probablement veineux et caverneux, et je l'enlève sans aucun incident à à l'anse galvanique.

Examen microscopique. — La tumeur est essentiellement constituée par de très nombreuses veines, la plupart de moyen calibre, séparées par un tissu conjonctif fibrillaire très peu abondant. Les veines comme les fibres conjonctives intermédiaires ont une direction surtout rayonnée du centre à la surface. Le tissu veineux est très voisin de l'épithélium, dont il est séparé par une couche mince de tissu connectif réticulé lâche ; à l'intérieur des veines se trouve presque partout une grande quantité de sang (parce qu'aussi le pédicule de la tumeur a été étranglé). L'épithélium est plat et stratifié ; la couche superficielle est cornée. Toutes les couches en sont amincies ; la plus profonde n'envoie pas de prolongements dans le tissu conjonctif superficiel.

Une dernière particularité, digne d'être notée, est l'aspect papillaire de la surface de la tumeur qui, pour cette raison, mérite le nom d'angiome veineux papillaire.

OBSERVATION IV

(Prof^r CITELLI (de Catane.) — *Même report.*)

Angiome veineux de la région du tragus

Femme d'environ 30 ans. Elle porte, depuis la naissance, sur la face externe du tragus gauche, une tumeur plus petite que la précédente (du volume d'un petit pois), mais identique à celle-ci par ses autres caractères (couleur, forme, surface, etc.) Sur la face de la malade existent quelques nævi et quelques autres petits angiomes ; au dire de la malade, il n'y a rien eu de semblable chez ses parents.

L'examen microscopique de la tumeur, enlevée à l'anse galvanique, montre qu'il s'agit aussi d'un angiome veineux à forme papillaire, essentiellement identique à celui du cas précédent.

OBSERVATION V

(Arslan. — *Archiv. ital. di otol. etc...*, Torino, 1903, XIV, 466-470)

(CAS I)

Angiome caverneux de l'oreille

Il s'agit d'une femme âgée de 60 ans, qui, au début de décembre 1899, vint trouver son médecin, parce qu'elle avait des hémorragies abondantes de l'oreille gauche. Il y a plusieurs années, la malade a eu des écoulements de cette oreille qui sont actuellement guéris. L'audition est notablement diminuée ; Rinné négatif ; Weber latéralisé à gauche ; montre entendue seulement contre l'oreille.

A l'examen, on trouve une tumeur à surface lisse, dure,

rougeâtre, obstruant la conque. N'ayant contracté aucune adhérence avec la paroi du conduit et s'insérant sur la caisse. Pas de traces de pus. Les fosses nasales, le rhinopharynx et l'oreille droite sont normaux.

Ablation de la tumeur avec l'anse. Immédiatement, cette petite opération est suivie d'une forte hémorragie qui nécessite un bon tamponnement à l'eau oxygénée. On enlève ce tamponnement au bout de 24 heures ; il survient une nouvelle hémorragie moins abondante : nouveau tamponnement qu'on laisse en place pendant 48 heures. Finalement, l'hémorragie s'arrête complètement, et l'on peut se rendre compte de l'état de l'oreille.

Le conduit auditif externe est ample et ne présente aucune lésion. Petite perforation d'un millimètre de diamètre sur le quart postéro-supérieur du tympan ; au niveau de cette perforation, on remarque une petite érosion qui indique le point d'insertion de la tumeur et que l'on détruit au galvano-cautère. Légère suppuration qui cesse au bout de deux mois grâce aux pansements antiseptiques. Le point d'implantation de la tumeur est cicatrisé, mais il conserve toujours un aspect lie de vin.

Un an plus tard (20 décembre 1900), la malade est prise d'une hémorragie très abondante. Malgré le tamponnement fait, le sang suinte et la malade perd une quantité assez grande de sang. Nouveau tamponnement à la gaze stérilisée, mais l'hémorragie persiste malgré tous les tamponnements possibles. Extirpation de la tumeur, qui s'était reproduite au niveau de son point d'implantation avec le galvano-cautère et cautérisation. Guérison rapide avec amélioration notable de l'audition.

A l'examen microscopique, il s'agit d'un fibro-angiome avec

de gros vaisseaux présentant, par places, une véritable angiectasie.

OBSERVATION VI

(*Arslan. -- même report*)

(CAS II)

Homme de 40 ans, ayant toujours joui d'une excellente santé. Depuis quelques années, il s'est aperçu que son audition diminuait de plus en plus à gauche. A l'examen, gros bouchon de cerumen que l'on enlève; on voit alors apparaître une tumeur rougeâtre, arrondie, à surface lisse qui se trouve à la marge du tympan et obstrue le conduit auditif externe. Une tentative d'extraction au galvano-cautère est suivie aussitôt d'une hémorragie abondante. Tamponnement qui n'empêche pas le suintement sanguin. Extirpation de la tumeur qui a pour effet d'arrêter complètement l'hémorragie. Le point d'implantation de la tumeur se trouve au voisinage de la membrane du tympan qui est intacte. Cautérisation au galvano-cautère. Guérison.

L'examen microscopique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un angio-fibrome typique avec des vaisseaux dilatés à un tel point qu'ils donnent l'impression de véritables lacunes situées au milieu du tissu fibreux.

OBSERVATION VII

(*Alexander. — Zeitschrift für ohrenheilkunde, Wiesbaden 1907*)

(CAS V)

Angiome caverneux du pavillon de l'oreille gauche

Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, scieur de long, qui dit n'avoir jamais souffert antérieurement de ses oreilles. Depuis

quelques semaines, il a remarqué l'existence d'une petite tumeur, saignant facilement et siégeant sur le pavillon de l'oreille gauche. Sur ce dernier, en avant de la fossette sca-phoïde, on trouve une petite tumeur ayant les dimensions d'un gros pois, ayant une large implantation et une coloration violacée ; elle dépasse le niveau de la peau d'environ cinq millimètres. Extirpation, suture de la plaie. Guérison. Revu plus tard, le malade ne présente pas de récive.

L'examen microscopique de la tumeur permet de porter le diagnostic d'angiome caverneux du pavillon de l'oreille gauche ; ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est la richesse extraordinaire du tissu néoplasique en vaisseaux sanguins.

OBSERVATION VIII

(*Haug. Archiv. für ohrenheilkunde, Leipzig, 1891*)

(xxxii, 158, Cas v)

Nodule tuberculeux et angiome de l'oreille droite

Il s'agit d'une femme de 22 ans qui porte depuis sa plus tendre enfance (depuis l'âge d'un an) une tumeur au lobule de l'oreille droite ; elle est apparue à la suite de la vaccination, et varie parfois de volume. Les douleurs sont rares et toujours peu intenses. Pas de ganglions, ni dans la région occipitale, ni à l'angle de la mâchoire, ni au creux sus-claviculaire.

Le 10 avril 1890, la malade présente une déformation très grande du pavillon de l'oreille droite. A la place du lobule, on trouve une tumeur ayant les dimensions d'une noix, de coloration rouge et adhérente à la peau. Elle fait saillie en

avant et en arrière du lobule ; elle a une consistance solide bien qu'elle soit rénitente ; et, par places, elle est noduleuse. Par la pression, elle diminue de volume. Diagnostic clinique : angio-fibrome.

Opération : excision de la tumeur ; grande perte de substance ; suture. Guérison par première intention. Pas de récurrence au bout d'un an.

A la coupe, la tumeur apparaît molle, très vasculaire, et ayant l'aspect d'un cavernome à petites mailles, au centre duquel se trouveraient quelques nodules à coloration gris jaunâtre.

A l'examen microscopique, ces nodules revêtent tout à fait les caractères des nodules tuberculeux : ce diagnostic histologique se trouve confirmé par la présence de quelques bacilles tuberculeux isolés.

En même temps, on observe une prolifération extraordinaire du système vasculaire (artères, veines, lymphatiques). Les artères présentent surtout un épaississement de la tunique musculuse et une augmentation du nombre des cellules de la tunique intime ; et, par endroits, l'on rencontre autour d'elles de petites infiltrations cellulaires. Ces dernières sont surtout abondantes autour des veines dont l'endothélium prolifère à un tel point, surtout dans les parties périphériques, que l'on a l'impression d'être en présence d'un angiome caverneux.

OBSERVATION IX

(GRÜBER. — *Wien. medizinische Wochenschrift* 1896.)

(XLVI, N° 32, 1410, 2 FIG.)

Ein Fall von Angioma auriculæ durch operation geheilt

Il s'agit d'un homme de 53 ans, bien constitué et paraissant

jouir d'une excellente santé, qui présente une tumeur du pavillon de l'oreille gauche et est admis à la clinique de Grüber, le 14 mai 1896. Il n'a jamais été malade et porte sa tumeur depuis une trentaine d'années environ ; au début, elle avait les dimensions d'un petit pois et n'était nullement incommodante ; puis elle ne tarda pas à augmenter de volume. Il y a quatre semaines, le malade reçut accidentellement, sur l'épaule gauche, un sac rempli qui heurta également son oreille gauche. Dès lors, il vit apparaître, à la surface de sa tumeur, une petite ulcération superficielle qui se mit à suinter.

A l'examen, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, remplissant toute la conque de l'oreille gauche et occupant entièrement l'orifice du conduit auditif externe. Elle a un aspect globuleux et s'implante, par une large base, sur la conque ; elle donne la sensation d'une tumeur très élastique, indolore, et diminuant à peine de volume par la pression. Sa lente évolution, ainsi que les symptômes observés et son siège font porter le diagnostic de lipome.

Opération (16 mai 1896). On ne trouve pas de traces de membrane d'enveloppe : ce qui permet d'affirmer que le diagnostic de lipome est erroné. Au cours de l'intervention, il survient une hémorragie très abondante qui rappelle celle que l'on observe lorsque l'on opère une athérome. Enucléation de la tumeur à sa base, curetage, tamponnement à la gaze iodoformée et pansement compressif. L'hémorragie cesse. Au bout de trois jours, on change le pansement ; et le sixième jour, la plaie est complètement guérie.

L'examen microscopique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un angiome avec une néoformation vasculaire abondante ayant tous les caractères du système veineux : ce qui ex-

plique l'absence de pulsations dans la tumeur. Cette néoformation vasculaire affecte surtout la forme télangiectasique.

OBSERVATION X

(KJØR. — *Société danoise d'oto-laryngologie, séance du 21 avril 1900, d'après Monatschrift für ohrenheilkunde. — Berlin 1900.*)

(XXXIV, N° 6, 243.)

Fibro-angiome du pavillon de l'oreille

Il s'agit d'une petite fille, âgée de 9 ans, qui présente, depuis 6 mois, une tumeur ayant actuellement le volume d'une noisette et siégeant au lobule de l'oreille.

Excision de la tumeur qui guérit rapidement sans récurrence ultérieure. — L'examen microscopique permet de faire le diagnostic de fibro-angiome.

OBSERVATION XI

(LORENZO. — *Rivista clinic. e terap. Napoli 1885.*)

(VII, 390-394.)

Angiome caverneux de l'oreille traité et guéri par la ligature élastique

Il s'agit d'une femme de 30 ans, normalement constituée et paraissant jouir d'une bonne santé. Elle se souvient d'avoir eu, dès son enfance, une petite tumeur bleuâtre, indolore, siégeant à la partie médiane et interne du pavillon de l'oreille gauche et augmentant peu à peu de volume. Son mari et ses fils sont bien portants et n'ont jamais été malades.

Le 15 janvier 1885, elle vient consulter pour un syphilome ulcéré de la mamelle : elle aurait été contaminée par un nourrisson qu'elle allaitait. A l'examen, elle présente une sclérose syphilitique avec ulcération de la partie externe de l'aréole du sein gauche et de l'adénopathie axillaire et cervicale correspondante ; elle a en outre, des syphilides papuleuses sur la poitrine et des plaques muqueuses dans la bouche, sur l'amygdale. A la partie médiane et interne de l'hélix de l'oreille gauche, on observe une tumeur arrondie, ayant les dimensions d'une grosse cerise, non pédiculée et de coloration violacée ; elle a une consistance molle, élastique ; elle est indolore, peu mobile, et présente des pulsations peu nettes. Le diagnostic posé est le suivant : syphilis et angiome caverneux de l'hélix.

Traitement : pansements iodoformés et iodure de mercure à l'intérieur ; puis on fait la ligature élastique de la tumeur, bien qu'il n'y ait pas de pédicule. Au bout du sixième jour, on voit survenir une légère réaction à la partie du pavillon qui est limitrophe à la tumeur ; celle-ci se détache bientôt, et laisse à sa place une surface rouge, cruenta, recouverte de sanie. La malade guérit de ses accidents syphilitiques et de sa tumeur, et le 19 mars, elle sort de l'hôpital en parfait état de guérison ; depuis, elle n'a plus jamais été revue.

OBSERVATION XII

(HAUG. — *Archiv. für ohrenheilkunde, Leipzig 1891*)

(XXXII, 161 — Cas VII)

Lymphangio-fibrome de la région du tragus

Il s'agit d'une jeune fille de 12 ans, normalement développée, présentant à chaque pavillon ce que l'on est convenu

d'appeler une fistule congénitale de l'oreille, et une petite tumeur de l'oreille gauche. Cette tumeur qui, aux dires de la mère, existait déjà au moment de la naissance, siège sur le milieu du tragus, où elle s'implante par un pédicule relativement large. Elle a, à peu près, les dimensions d'une cerise ; elle a l'aspect d'une bourse ; elle est ridée, de consistance molle et de coloration gris ardoise. Les proportions n'ont pas augmenté depuis 4 ans.

Diagnostic clinique : *nævus papillomateux congénital*.

Opération : *ablation de la tumeur*.

A l'examen microscopique, la structure histologique de la tumeur offre une très grande analogie avec celle du papillome. De plus, on observe une prolifération assez abondante des vaisseaux sanguins et des espaces lymphatiques, au milieu desquels on voit encore un fin réseau de fibres élastiques qui englobent quelques petites cellules, tantôt à noyaux, tantôt sans noyaux et paraissant être de nature endothéliale.

Il s'agit là d'un cas de lymphangiome qui est devenu fibromateux.

OBSERVATION XIII

(HAUG. — *Archiv. für ohrenheilkunde, Leipzig 1897*)

(XLIII, 10 — 16)

Eléphantiasis de l'oreille droite ; lympho-angio-fibrome avec hyperplasie du cartilage et du périchondre

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, ayant eu des hémorragies de l'oreille droite et des extravasations sanguines de la conque à la suite d'une coqueluche survenue à l'âge de 10 ans. Depuis cette époque, toute l'oreille externe a augmenté lentement de volume jusqu'à atteindre les dimensions

actuelles. Il ne semble y avoir jamais eu de plaies de cet organe ; mais, à différentes reprises, la malade dut avoir des inflammations érysipélateuses intercurrentes. Les hémorragies auraient été parfois abondantes surtout dans la région du lobule : et la région serait douloureuse. Il n'y a pas d'hypertrophie ganglionnaire.

Etat actuel (4 juillet 1877). — Le pavillon de l'oreille gauche a un développement tout à fait normal. Le pavillon droit est augmenté de volume et a acquis des proportions énormes dans toutes les dimensions.

Le diamètre longitudinal, de l'épine de l'hélix au lobule, mesure 12 cm. 5. Le diamètre transversal, du bord externe de l'hélix à l'antitragus, mesure 7 cm. La largeur du lobule jusqu'à l'extrémité inférieure du tragus est de 4 cm. 25. La circonférence du pavillon est de 23 cm. Le lobule a une épaisseur de 2 cm. 4.

Tout le pavillon a un aspect rouge violacé, surtout sur sa face postérieure. Le cartilage paraît être très fortement épaissi ; et il donne l'impression d'un véritable épaississement éléphantiasique, surtout à la partie inférieure du lobule. En outre, à la face antérieure et au voisinage du pourtour du pavillon, on observe plusieurs saillies verruqueuses et dures. On ne remarque pas de lymphorrhée ; mais, sur le lobule, il existe une ectasie vasculaire considérable qui semble avoir été le point de départ d'une hémorragie récente ; ces vaisseaux dilatés se concentrent, surtout autour de l'orifice percé jadis pour la boucle d'oreille.

L'examen histologique d'un fragment de la tumeur, pris après excision partielle de l'organe, révèle l'existence d'un lymphangiome avec cavernome. Sous l'épithélium épaissi, et à côté de la couche de tissu conjonctif qui existe dans toute

la tumeur en proportions moindres qu'à l'état normal, on remarque un grand nombre d'espaces lymphatiques hypertrophiés et dilatés; l'endothelium est parfois le siège d'une prolifération très nette. En outre, la tumeur présente un développement extraordinaire du système vasculaire; et dans toutes les couches, on trouve un épaissement et une dilatation parfois considérables des veines et des artères. Enfin dans le tissu néoplasique, aussi bien que le long des voies lymphatiques et vasculaires, on rencontre des amas très nombreux de cellules rouges. Le périchondre est épaissi d'une façon énorme, et, par places, il est traversé par des cellules rondes qui s'étendent même jusqu'à la couche cartilagineuse proprement dite.

OBSERVATION XIV

(HENNEBERT. — *Bulletin de la Société belge d'otologie et laryngologie*).

(4 JUIN 1895)

Tumeur téléangiectasique volumineuse remplissant la conque et le conduit auditif externe.

Mlle M. N..., âgée de 25 ans, se présente à ma clinique le 18 juillet 1898; elle portait, à l'oreille droite, une volumineuse tumeur remplissant toute la conque du pavillon; cette tumeur existait depuis de longues années et, à part une surdité très prononcée de ce côté, n'avait jamais donné lieu à aucun symptôme particulier.

La malade se rappelle avoir eu un écoulement purulent des deux oreilles, dans la première enfance; l'otorrhée gauche se serait tarie rapidement sous l'influence d'injections boriquées;

il persiste de ce côté une large perforation de Schrapnell et une cicatrice de perforation du segment postérieur du tympan ; à droite, une insufflation de poudre (boriquée ?) aurait, à la même époque, provoqué pendant plusieurs jours de violentes douleurs, suivies d'un arrêt brusque et définitif de l'écoulement, qui, depuis, n'a jamais reparu. A la suite de cet incident, une surdité de plus en plus complète s'est installée à droite et l'entourage constatait bientôt qu'une tumeur faisait peu à peu issue hors du conduit et venait s'étaler dans la conque qu'elle finissait par remplir. Depuis près de vingt ans, le volume de la tumeur n'a pas varié sensiblement ; il y a un an, la malade s'est instillé dans l'oreille de l'alcool de mélisse, instillation à la suite de laquelle le néoplasme s'est considérablement rétracté, pendant quelques jours, au point de disparaître dans le conduit, tandis que l'oreille était le siège de douleurs vives.

Depuis, la tumeur a repris son volume et son aspect actuel : sa surface est lisse, unie, d'aspect cutané dans sa partie antérieure, la moitié postérieure est un peu irrégulière et présente par places des érosions superficielles rosées, légèrement suintantes. Le pédicule n'adhère pas aux parois du conduit ; une injection poussée au moyen d'une seringue à bec effilé, insinué entre le conduit et le pédicule, provoque l'issue d'une grande quantité de pus caséeux.

L'extirpation fut pratiquée au moyen de l'anse galvanique insérée sur le pédicule aussi loin que possible ; des tractions énergiques exercées sur la tumeur, avant la section galvanique, étaient restées sans résultat. Cette section fut suivie d'un erysipèle de la face et du cuir chevelu qui dura dix jours et guérit sans autre incident.

Après l'opération, le fond du conduit apparaît rempli par

les débris du pédicule, dont la surface de section se trouve à plus d'un centimètre du méat externe; après arrachement de ces débris et cautérisation, répétées au chlorure de zinc pur, on parvient à explorer le fond du conduit; le tympan est entièrement détruit; il n'existe plus trace d'osselets; le mur de l'attique et la paroi postérieure du conduit sont détruits sur une grande étendue; le curettage de la caisse ramène des fongosités abondantes et démontre que les parois, notamment la paroi postérieure, présentent des pointes de carie.

L'examen microscopique de la pièce fut confié à M. le Dr Fieiffer, qui rédigea la note suivante : la tumeur implantée dans le tractus de l'oreille externe se présente sous forme d'une petite masse arrondie, de consistance pâteuse, du volume d'une noix.

Lavée et fixée dans la formaline à 10 p. c., elle prend une consistance presque cartilagineuse, à surface grisâtre, rappelant l'épiderme cutané. Incisée au rasoir, toute la masse apparaît d'une consistance plus molle, homogène, translucide, d'un gris plus sombre.

Les coupes microscopiques, colorées au carmin boracique alcoolique, montrent qu'il s'agit d'une tumeur constituée à la surface par un revêtement cutané distendu, avec ses cellules épithéliales, ses papilles, sa couche celluleuse de Laugenhans, et dans sa masse principale, par un stroma conjonctif lâche au centre, plus dense vers la périphérie, et infiltré en différents points par des cellules embryonnaires nombreuses.

Ce qui caractérise spécialement la néoplasie qui nous est soumise, c'est la dilatation vasculaire qui a atteint tous les vaisseaux jusqu'aux moindres capillaires. Il en résulte que la

tumeur a l'aspect d'une néoplasie vasculaire, d'un angiome caverneux, mais l'examen microscopique la classe parmi les tumeurs conjonctives (d'origine cutanée) avec téléangiectasie secondaire des vaisseaux.

OBSERVATION XV

D^r BICHELONNE, médecin aide-major de 2^e classe, de Bordeaux
(*Revue hebdomadaire de laryngologie*, n^o 44, octobre 1904)

Nous avons observé récemment chez le soldat N..., âgé de 22 ans, en traitement à l'hôpital militaire, un cas de tumeur du pavillon de l'oreille droite qui nous paraît intéressant à rapporter. Ce qui frappe à première vue chez notre sujet, c'est l'inégalité du développement des deux pavillons. En effet, le pavillon gauche, normal comme configuration extérieure, est plutôt petit : il y a, de ce côté, microtie ; à droite, au contraire, le pavillon offre des dimensions peu communes, on pourrait dire, si le néologisme est permis, que nous sommes en présence d'une macrotie.

Les dimensions des deux oreilles sont, respectivement :

Hauteur du pavillon, du bord supérieur de l'hélix à l'extrémité inférieure du lobule : à droite, 7 centimètres ; à gauche, 5 centimètres.

Largeur, selon une transversale passant au-dessus du méat auditif : à droite, 35 millimètres ; à gauche, 23 millimètres.

Tandis que l'oreille gauche a une coloration, une consistance et une température normales, l'oreille droite est rouge violacé, parsemée de fines varicosités, un peu mollasse à la pression ; sa température est plus élevée que sa congénère. L'augmentation du volume, la coloration anormale, l'élévation de température ne portent que sur la partie du pavillon

située au-dessus du méat : la partie située au-dessous et en particulier le lobule n'offrent rien de spécial. L'hélix et la gouttière sous-jacente sont surtout le siège du développement anormal ; leur épaisseur est, en effet, de 8 millimètres.

Outre l'élévation de température, la palpation fait encore percevoir, dans la gouttière de l'hélix, l'existence d'un vaisseau à parois épaisses, animé de battements synchrones à ceux du pouls ; ce vaisseau a au moins le volume d'une radiale et provient d'une ramification transversale de l'auriculaire postérieure, ramification très dilatée aussi. Devant le tragus, on sent également battre un rameau transversal, émané de la temporale superficielle et anormalement développé. A chaque pulsation, le pavillon est déplacé, porté en avant et un peu en haut.

A la pression un peu prolongée, la tumeur est légèrement réductible. Elle se gonfle si le sujet fait un effort, s'il tousse, s'il se penche en avant. Elle n'est pas douloureuse spontanément, mais une pression même modérée, est mal supportée : le decubitus sur le côté droit de la tête n'est pas possible. N... accuse des céphalalgies fréquentes localisées dans la région droite du crâne et il perçoit dans son oreille un bruit de battements synchrones au pouls.

L'ouïe n'est pas altérée : le conduit auditif externe, la membrane du tympan sont bien conformés.

En aucun autre point de la surface cutanée, notamment dans le cuir chevelu, au voisinage de l'oreille, N... ne présente de production semblable. D'après ses dires, ses parents lui ont raconté que le développement anormal de l'oreille droite a commencé seulement vers l'âge de cinq ans, sans cause occasionnelle appréciable.

Depuis plusieurs années, la tumeur est restée stationnaire.

OBSERVATION XVI

(FLATEAU. — *Berliner med. gesellschaft, séances du 18 mars
et du 10 juin 1896.*)

Anévrysme cirsoïde de la région auriculaire droite

Il s'agit d'une femme qui se plaint de douleurs très vives dans tout le côté droit de la tête et de bourdonnements survenant surtout la nuit. A l'examen de l'ouïe, elle ne présente pas de troubles dans les appareils de transmission et de perception des sons. On remarque seulement que les deux pavillons n'ont pas les mêmes dimensions ; celui de droite a une teinte foncée presque violette et il est beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé. La tumeur est pulsatile et ses battements sont très nettement perçus ; elle présente une série de bosselures aussi bien sur la face antérieure que sur la face postérieure du pavillon ; enfin, son contenu est liquide.

Il s'agit donc, vraisemblablement, d'une tumeur anévrysmale ayant de grandes analogies avec l'anévrysme cirsoïde. Si l'on comprime l'artère carotide droite, les pulsations cessent complètement dans toute l'étendue de la tumeur. Elle a commencé à apparaître il y a 19 ans et a débuté à la partie supérieure de l'hélix. Au pourtour de l'oreille, on observe également quelques petits vaisseaux pulsatiles. Opération : énucléation de la tumeur.

Aussitôt après l'intervention, la malade voit ses bourdonnements disparaître et elle peut dormir la nuit.

OBSERVATION XVII

(PEIXOTO. — *Communication à l'académie de médecine le 7 mars 1854.*) — (*In Archives générales de médecine 1854, page 488.*)

Tumeur de l'oreille externe avec hypertrophie en longueur et en épaisseur du pavillon. Développement insolite très remarquable des troncs et des rameaux auriculaires, accompagné de pulsations appréciables aux doigts sur tout le contour de l'organe. Après avoir subi inutilement à Paris la ligature des artères auriculaires, le malade continua à être exposé à des hémorragies abondantes à la suite des moindres écorchures et quelquefois sans cause appréciable. Retourné au Brésil, sa patrie, il eut des retours si fréquents de ces hémorragies que Peixoto crut devoir pratiquer la ligature de l'artère carotide primitive, le 14 novembre 1851 ; au moment où le fil tomba, il y eut une hémorragie abondante à laquelle on remédia au moyen d'une ligature d'attente à la naissance de l'artère, sur le tronc brachio-céphalique, mais qui ne fut pas serrée et dont on se servit seulement pour faire une compression pendant quelques jours. L'hémorragie ne se reproduisit pas et la guérison paraît avoir été complète.

OBSERVATION XVIII

(MUSSEY. — *Gazette médicale de Paris, 1854, p. 587.*)

Ligature de la carotide pour tumeur anévrysmale et angiome de l'oreille

Il s'agit ici d'un jeune homme de 19 ans, Luthers Gordon

qui entra à Saint-John hospital en novembre 1852, pour des tumeurs anévrysmales qui avaient envahi l'O. G. ; la cavité de la conque était occupée par une tumeur qui s'élevait au-dessus de l'antitragus, et par une autre qui couvrait le tragus et s'étendait quelque peu en avant de lui. Continue avec la partie supérieure de cette tumeur, une élévation considérable des téguments couvrait la fosse scaphoïde et 1 pouce et demi de la fosse innominée. Au-dessous de la racine de l'oreille, dans une dépression entre l'apophyse mastoïde et la tranche de la mâchoire, existait une tumeur en partie couverte par le lobule. Toutes ces tumeurs étaient élastiques, compressibles jusqu'à oblitération, fortement pulsatiles, et semblaient communiquer toutes les unes avec les autres. D'ailleurs, Luthers Gordon était d'une bonne santé. Il avait, dès sa naissance, un nœvus en avant de l'O. G. Il y a 8 ans, commencèrent à apparaître les petites élevures des téguments qui augmentèrent peu à peu, jusqu'à une époque voisine de son entrée à l'hôpital; alors, l'extrémité postérieure de la tumeur qui occupait la fosse innominée vint à se rompre, et causa une hémorragie alarmante. On l'arrêta par la compression, mais en enlevant le pansement, un jet pulsatile de sang artériel s'échappa. Mussey se décida à lier d'abord une carotide, et, le 18 novembre, il lia la carotide gauche; les pulsations cessèrent dans les tumeurs en serrant les ligatures et ne reparurent plus. Au bout de quatre semaines, Mussey, devant le peu de réduction de la tumeur, lia la carotide droite. Alors, le volume des tumeurs diminua beaucoup plus rapidement.

Vers le mois d'avril suivant, ce malade fut visité par un médecin qui assura à Mussey que la guérison était parfaite.

OBSERVATION XIX

Dr L. EGGER. — *Communication à la Société française de laryngologie (Ref. In. Annales des maladies de l'oreille, avril 1901, page 344).*

Un cas d'angiome du conduit auditif externe (nœvustardif) traité par l'électrolyse. — Mlle Victorine L..., âgée de 16 ans, se présente, le 1^{er} mars 1900, à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, se plaignant de douleurs dans l'oreille droite. Elle n'a pas de passé otique, pas d'écoulement d'oreille. Depuis un mois, elle souffre de l'oreille en se mouchant. En mangeant, c'est-à-dire en mâchant, elle éprouve une douleur au niveau du méat. Sa mère a remarqué que, depuis ce moment, il se développe une tumeur au niveau du méat. Elle-même l'a sentie avec le doigt et l'a souvent fait saigner en se grattant.

Examen: oreille droite. — Pavillon de l'oreille normal. Petite tumeur du volume d'un pois, siégeant à la partie postéro-inférieure du conduit cartilagineux. Elle est de coloration violacée par place, jaune chamois en d'autres endroits, légèrement bosselée, peu douloureuse au stylet, et donnant la sensation de cire molle, ne se réduisant pas à la pression.

Le reste du conduit et le tympan sont normaux.

Oreille gauche. — Tympan normal.

Nez. — Rien de particulier.

Pharynx. — Amygdales un peu enchâtonnées.

Choanes. — Amygdale pharyngée assez grosse (demi-vomer).

15 mars. — La malade, se décidant à se soumettre au traitement, insiste sur les douleurs mentionnées ci-dessus. Une

pression appliquée directement derrière l'angle de la mâchoire produit une douleur au niveau de la tumeur. Inversement, à une pression au niveau de la tumeur répond une douleur rétro-maxillaire.

La tumeur a toujours le même aspect.

16 mars. — Fait une première séance d'électrolyse ; le pôle positif représenté par une aiguille d'acier implantée dans la tumeur, le pôle négatif au bras gauche, sous forme d'une large plaque. Pendant une minute, je fais passer un milli-ampère, puis deux milliampères pendant une seconde minute. La douleur est assez vive pour que je n'augmente pas l'intensité du courant. Ayant ramené l'aiguille du galvanomètre à 0, au moment où je voulais produire un courant inverse, afin que l'eschare n'adhère pas à l'aiguille, la malade fit un mouvement brusque et l'aiguille sortit. Il ne s'échappa, d'ailleurs, que quelques gouttes de sang rapidement coagulé.
— Pansement sec à la gaze iodoformée.

21 mars. — Nouvelle séance d'électrolyse, mieux supportée. Elle a été terminée par l'inversion du courant. Même durée, même intensité.

26 mars. — 3^e séance. — Pendant une minute 1 MA ; pendant une minute 1 1/2 MA. Douleur vive, pas d'inversion de courant, pas d'hémorragie.

27 mars. — Le résultat obtenu jusqu'à ce jour est le suivant : la tumeur n'est pas diminuée de volume. Elle paraît un peu affaissée. Ce qui frappe le plus, c'est que la coloration violacée et chamois a disparu pour faire place à la coloration normale de la peau un peu rouge.

30 mars. — La tumeur présente une fissure longitudinale, représentant l'eschare, etsuinte un peu. Bains d'eau oxygénée

5 avril. — Pas de changement dans l'aspect de la tumeur,

La malade se plaint d'éprouver des douleurs spontanées dans l'oreille. Mêmes douleurs qu'auparavant à la pression auriculaire, rétro-maxillaire et à la mastication. — Repos.

9 avril. — N'a plus de douleur depuis hier soir. La tumeur est sèche, bleuâtre, complètement ratatinée.

20 avril. — Tumeur sèche, faisant une saillie très peu accentuée. Même couleur violacée et chamois. L'ampèremètre ne fonctionnant pas, je suis obligé de remettre toute séance d'électrolyse au 27 avril.

27 avril. — La tumeur fait une saillie presque nulle, de coloration violacée. Electrolyse (4^e séance) : 1 MA pendant une minute. Pendant la seconde minute, 2 et 1/2 MA. Pas d'hémorragie.

30 avril. — La malade a eu des douleurs dans toute la moitié droite de la tête pendant un jour et demi. Depuis, les douleurs sont limitées à la figure. La tumeur a peu diminué.

2 mai. — Nouvelle séance d'électrolyse (5^e séance) : 1 MA pendant une minute ; 2 MA pendant une minute ; 2 1/2 MA pendant une minute ; mieux supportée, douleurs moins vives.

5 mai. — La douleur a été continue pendant toute la journée, puis n'est apparue que sous forme d'élancement jusqu'à aujourd'hui.

La tumeur a beaucoup diminué, il ne reste qu'une petite surface jaunâtre surélevée.

10 mai. — Une petite croûte rougeâtre recouvre la tumeur, et est ramollie au moyen de glycérine avant d'électriser à nouveau.

11 mai. — 6^e séance : 1 MA pendant une minute ; 2 MA pendant une demi-minute ; 3 MA pendant une minute.

Je n'ai pas revu la malade depuis.

OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance de notre ami le Dr Levesque)

Volumineux angiome du pavillon de l'oreille

X..., 34 ans, porte depuis l'enfance sur la face supéro-interne du pavillon de l'oreille droite une tumeur d'abord très petite, mais dont le volume augmenta sensiblement au point de devenir pour le malade une véritable infirmité. Lorsqu'il se présente à la consultation en octobre 1908, on observe, à la partie supérieure de la face interne du pavillon de l'oreille droite, une tumeur (*voir le dessin*) de la grosseur d'un œuf de pigeon, avec un pédicule d'un centimètre et demi de diamètre, et inséré dans la gouttière de la face interne du pavillon, répondant à l'anthélix, séparé du sillon auriculo-temporal par un espace de 4 à 5 millimètres. A son niveau, on remarque sous la peau qui recouvre la tumeur un l'ascis veineux assez accentué, et cette peau rappelle par son aspect celle du scrotum. Au palper, la tumeur très mobile est adhérente au cartilage par son pédicule ; de consistance molle, elle ne se réduit pas à la pression, mais celle-ci permet de percevoir à l'intérieur des parties plus dures, irrégulières. Par son poids, la tumeur abat complètement le pavillon de l'oreille, dont la face interne regarde directement en haut. La peau n'est pas adhérente à la tumeur sauf au niveau du pédicule. Un examen plus complet permet de constater que cette tumeur est opaque et qu'à son niveau on ne perçoit ni battements, ni souffle. Par contre, sur sa face interne, on découvre une fistulette qui n'est autre que l'orifice d'un petit kyste sébacé dont le contenu a été évacué un mois auparavant.

Le développement s'est fait d'une façon régulière ; le



volume de la tumeur, au dire du malade, semble augmenter par toutes les causes favorisant la congestion de la tête. De plus, il y a 4 ou 5 mois, le malade raconte qu'à la suite d'une plaie légère il eut des hémorragies assez abondantes.

Opération en octobre. — Ablation de la tumeur avec anesthésie locale à l'alypine; par M. le Dr Levesque; énucléation facile de la tumeur très saignante, - ligature en masse et solide du pédicule qui se dirige vers la partie supérieure du sillon céphalo-auriculaire et dont le diamètre mesure un centimètre environ. La cicatrisation se fit par première intention.

Craignant des rétractions cicatricielles au niveau du pavillon de l'oreille, le Dr Levesque avait exagéré la longueur du lambeau cutané. Après l'intervention pour redresser le pavillon, il conseilla au malade de porter la nuit un bonnet auriculaire.

Le malade, revu 6 mois après, ne présente plus aucune déformation et la tumeur ne menace pas de récidiver. La peau s'est rétractée au niveau de la cicatrice, ce qui prouve bien l'utilité, sinon la nécessité, de laisser un long lambeau cutané.

L'oreille a repris sa position normale.

Examen histologique

Notre ami, le docteur Castagnary, ex-préparateur d'histologie et chef de clinique médicale, veut bien faire l'examen histologique et nous remet la note suivante : au faible grossissement, on constate la présence d'un tissu fibreux très dense, abondant, formant de véritables faisceaux en tourbillons. Dans ce tissu fibreux, on aperçoit de grandes lacunes vides et bordées de cellules et de nombreux capillaires

ramifiés, anastomosés. Un endroit de la coupe montre un point myxomateux.

Au fort grossissement, on note les mêmes caractères: tissu fibreux presque sans cellules fixes. Les grandes cavités sus-nommées sont bordées, pour la plupart d'entre elles, de cellules plates qui rappellent l'endothelium. Autour, il n'y a aucune fibre musculaire lisse; en somme, tous les caractères d'un capillaire géant. Les autres capillaires paraissent formés d'endothelium parfaitement caractérisé; sur une coupe transversale, on relève en effet une ou deux cellules. A l'intérieur de petits capillaires, substance granuleuse prenant faiblement l'hématéine et rappelant la désintégration globulaire qu'on observe dans certains foyers hémorragiques. On se trouve donc en présence d'une angiome en voie de transformation fibreuse.



CONCLUSIONS

I. — Les angiomes du pavillon de l'oreille sont une affection plutôt rare, puisque, d'après nos recherches bibliographiques, nous n'avons recueilli que 20 cas.

II. — On les observe sur toute la surface du pavillon, particulièrement sur le lobule et au fond de la conque.

III. — La pathogénie de ces tumeurs est assez obscure, mais, d'après leur caractère congénital, on peut conclure à une déformation par exagération de développement dans le système vasculaire des replis qui constituent le pavillon de l'oreille.

IV. — Leur évolution est lente, avec tendance à la transformation fibreuse, c'est cette dernière qui nous intéresse le plus, suivant le cas que nous avons observé et dont le diagnostic présente le plus de difficultés.

V. — Les fibro-angiomes ont surtout des caractères négatifs : ni souffle, ni battement, souvent même ni érectilité, ni réductibilité, en somme, aucun des signes qui puissent éveiller l'idée d'une tumeur vasculaire.

VI. — On ne les confondra pas avec les affections

suivantes qui ont chacune leurs caractères propres : l'othématome, l'adénite rétro-auriculaire, les fibromes, les fibro-lipomes, les gommes tuberculeuses ou syphilitiques, les kystes sébacés et les kystes dermoïdes.

VII. — Au point de vue anatomie pathologique, d'après le cas que nous avons observé, on trouve surtout du tissu fibreux entourant de grandes lacunes vides et bordées de cellules et de nombreux capillaires.

VIII. — Le traitement varie suivant les étapes et l'étendue de la tumeur : contre les *naevus*, radium-thérapie ou électrolyse ; dans les cas d'angiomes circonscrits, excision au bistouri ou au galvano-cautère ; enfin ligature des artères afférentes dans les angiomes diffus. En cas de menace de récurrence, radium-thérapie.

Vu : *Le Président*,

PAUL BAR.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALEXANDER F. (Strassburg). — Anatomische untersuchungen über Geschwülste des Aüsseren ohres. (Zeitschrift für ohrenheilkunde Wiesbaden. Band. XXXVIII, s. 285, cas n° 5.)
- ALEXANDER, Frantz. — Etude histologique des tumeurs de l'oreille externe (Archiv. ofotol., vol. xxxi, n° 5, octobre 1902).
- ARSLAN (Padova). — Sugli angiomi cavernosi dell' oreichio (Archivio italiano di otologia, vol. xiv, pages 466-470, 1903).
- BÉRARD, DENONVILLIERS et GOSSELIN. — Compendium de chirurgie pratique, t. 2. page 702.
- BÉZOLD (Munich). — Hühnereigross Angiosarkom der concha. (Munchener medizinische Wochenschrift 1903, n° 22.)
- BICHELONNE. — Angiome du pavillon de l'oreille droite. (Revue hebdomadaire de laryngologie. Bordeaux, n° 44, 1904.)
- CITELLI (Catane). — Néoplasmes de l'oreille externe

- (Annales des maladies de l'oreille, larynx, février 1909, n° 2, page 173.)
- CHIMANI (Wien). — Anévrysma cirsoïdeum an der Ohrmuschel und dem Aüsseren Gehörgange. (Archiv. für ohrenheilkunde. Band. VIII, s. 63, 1874.)
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- DUPUYTREN. — L. c. p. 3. Brosse, Rust's Magazie, 1820, t. VII, page 161.
- EGGER. — Un cas d'angiome du conduit auditif externe (nœvus tardif), traité par l'électrolyse. (Annales des maladies de l'oreille, avril 1901.)
- FLATEAU. — Anévrysme cirsoïde de la région auriculaire droite (Berliner med. gesellschaft, séance du 18 mars et du 10 juin 1896, — in Deutsch medizinische Wochenschrift, n° 28, 1896.)
- FLEISCHEL, E. — Ueber das arterielle Ranken angiom des ohres (Wiener medizinische Wochenschrift, n° 35, 1903. — Ref. in zeitschrift für ohrenheilkunde. Band. XLVI, s. 166.)
- GRÜBER (Wien.) — Lehrbuch der ohrenheilkunde. — Wien Gerold's und solm, 1870.
(Article : angiome du pavillon de l'oreille, page 409.)
- HOLT (Portland.) — Teratoïd tumor of both auricles, having a clinical history of a recurrent febrile. (Transaction of the american otologic Society, 1883, page 87.)
- HUNTINGTON RICHARDS (New-York.) — Angiome polypoïde de l'oreille. (American otologic Society,

17 juillet 1888, in New-York med. journ., 28 juillet 1888.)

HAUG. — Lymphangiofibrome in der Tragusgegend. (Archiv. für ohrenheilkunde, Leipsig 1891, t. xxxii, pages 158 et 161.)

HAUG. — Lymphangiofibrome der ohrmuschel. (Archiv. für ohrenheilkunde. Leipsig, 1897, t. xliii, pages 10-16.)

HENNEBERT. — Tumeur télangiectatique volumineuse remplissant la conque et le conduit auditif externe. (Société belge d'otologie. Séance du 4 juin 1895.)

HAUG. — Nœvus cutané du méat et de la membrane du tympan (Lucœ-Fests; Berlin, 1905.)

JUNGKEN. — Mort par hémorragie dans un cas d'anévrysme du pavillon de l'oreille. (Berlin kem Wochenschrift, 1869, n° 8.)

KUMMEL, W. (Breslau). — Die Neubildungen des Ohres. (Article : Angiome in Verhandl. d. deutsch otol. Gesellschaft, vol. vi, 1897, page 223).

KUHN. — Die Neubildungen des Ohres. (Lerhbuch der ohrenheilkunde von Prof. Dr. H. Schwartz, Band. II. Seite 570 und ff. Das Angiom, s. 576-578.)

KIPP, J.-C. (Newark). — A case of cavernous fibrolipoma of the auricle. (Transactions of the american otologic Society, 1887, vol. III, fasc. 3, page 288).

KJØR. — Fibro angiome du pavillon de l'oreille du volume d'une noix. (Société danoise d'otologie et laryngologie, d'après Monatschrift für ohrenheilkunde. Berlin n° 6, 1900, xxxiv, page 243.)

- LE DENTU ET DELBET. — Traité de chirurgie.
- LORENZO. — Angiome caverneux de l'oreille traité et guéri par la ligature élastique. (*Rivista clinic et terapeut.* n° 8, août 1885, pages 390-394.)
- MUSSEY. — Ligature de la carotide pour tumeur anévrysmale et angiome de l'oreille. (*American journal of the medical science* 1853. Ref. in *Gazette médicale de Paris*, 1854, p. 587.)
- PIPINO. — Nœvus vasculaire de l'oreille d'origine foétale. (*New-York med. Rec.*, 16 octobre, n° 30, 1886, page 434.)
- QUAIFE. — Note sur une tumeur sanguine de l'oreille (*Australas med. Gaz. Sydney*. 1890, x, 227-229.)
- ROASA (Saint-John-New-York). — *Lehrbuch der ohrenheilkunde* ubersetzt von Weiss, Berlin 1889.
- STRUYCKEN. — Angiome malin très étendu. (Communication à la société néerlandaise d'oto-rhino-lar., 23-24 avril 1904. Ref. in *Presse otolar belge*, n° 12, 1904, page 523.)
- TODD. — Tumeur anévrysmale de la partie profonde du conduit auditif externe. (*American journal of otology*, july, 1882.)
- TURNBULL, L. — Typische angiome des ohres. (*Verhandl. d. VII intern. med. kongress. London*, 1891. Band. III, page 362.)
- VIRCHOW. — Traité des tumeurs.
- WOGENHAUSER (Tübingen.) — Nœvus cutaneus venosus auf das Traumalfell (*Archiv. für ohrenheilkunde*, 1888. Band. xxvii, s. 162.)

WEINLOCHER. — Anévrysme spontané du pavillon de l'oreille. (Monatschrift für ohrenheilkunde, 1877.)

Pour la bibliographie des angiomes en général, consulter dictionnaire Dechambre, article « érectile. »

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	9
Objet et plan.....	11
Etiologie et pathogénie.....	12
Symptomatologie et diagnostic.....	19
Anatomie pathologique.....	32
Traitement.....	39
Observations.....	42
Conclusions.....	69
Index bibliographique.....	71
